



## Formulario del Propósito del Cuidado - Purpose of Care Form

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Persona con la Custodia: \_\_\_\_\_  
Por favor utilice **un formulario para cada padre/madre/custodia**, si es un hogar compuesto por dos padres/personas con la custodia.

Nombre del Niño (Niños): \_\_\_\_\_

### **Empleo / Entrenamiento:**

Nombre del empleador/lugar del entrenamiento \_\_\_\_\_ Promedio de horas por semana \_\_\_\_\_

Por favor especifique los días de la semana en la regularmente trabajar/asiste a entrenamiento:

Domingo	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Lunes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Martes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Miércoles	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Jueves	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Viernes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Sábado	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM

Si el padre/madre/persona con la custodia tiene un **horario variado/rotativo**, ¿cuál es el número máximo de días programados por semana? \_\_\_\_\_.

### **College / Universidad:**

Nombre del college/universidad \_\_\_\_\_ Número de créditos que está tomando este semestre \_\_\_\_  
Promedio General de Calificación (*Student GPA*) \_\_\_\_\_

Por favor especifique los días de la semana en que regularmente asiste al college/universidad

Domingo	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Lunes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Martes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Miércoles	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Jueves	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Viernes	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM
Sábado	de _____	AM / PM	a _____	AM / PM

¿Tiempo de viaje desde el sitio en donde esta el programa hasta el trabajo/entrenamiento/escuela?  
\_\_\_\_\_

Verifico que en base a mi mejor conocimiento la información de arriba es verdadera y correcta.  
Notificaré al programa si los días y horarios llegan a cambiar en un futuro.

**Firma del Padre/Madre/Persona a cargo del Cuidado:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si el padre/madre/persona con la custodia del cuidado no estaba disponible para llenar y firmar este formulario en persona, la agencia podría verificar el propósito del cuidado del niño por teléfono, email, fax o de otra manera; sin embargo, el representante de la agencia debe firmar abajo.

**Firma del Representante de la Agencia** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LA AGENCIA DELEGADA - DELEGATE AGENCY ENROLLMENT FORM**

Programa/Lugar Solicitado \_\_\_\_\_

**COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO DE CADA PERSONA QUE ACTUALMENTE VIVE EN LA CASA CON USTED, AÚN SI CONSIDERA QUE ESA PERSONA ES O NO ES MIEMBRO DEL HOGAR.**

**CÓDIGOS:** **Raza/Etnicidad:** Por favor verifique las casillas: Hispano/Latino No-Hispano/Latino y coloque uno de los siguientes códigos de etnicidad para cada miembro en la casilla apropiada a continuación: **A**-Asiático; **B**-Áfrico Americano; **H**-Hispano o Latino; **I**-Indígena Nativo o Nativo de Alaska; **N**-Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico; **W**-Blanco o Anglosajón; **O**-Otro  
**Estado Civil:** **S**-Soltero; **M**-Casado; **N**-Separado; **D**-Divorciado; **W**-Viudo

**ADULTOS:**

Nombre Completo	Relación que tiene con usted	SEXO	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Raza/Etnicidad	Estado Civil	Grado Mayor Obtenido
	Usted						

**NIÑOS** (menor de 18 años de edad)

Nombre Completo	Relación que tiene con usted	SEXO	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano o Residente Legal de EE.UU.?	¿Tiene las vacunas actualizadas?	Número de Seguro Social	Raza/Etnicidad	¿Necesidad de Especiales?	¿Necesidad de Cuidado?
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dirección de la Casa			Ciudad		Estado		Código Postal		
Dirección en la cual recibe correspondencia postal			Ciudad		Estado		Código Postal		
Teléfono		Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Teléfono Alternativo:		Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Dirección Electrónica (E-mail)			

**EMPLEO:** Por favor escriba el empleador actual de cada adulto. Este incluye empleo propio, actividades como voluntario y otros.

Miembro del Hogar	Dirección y Número de Teléfono del Empleador	Tarifa de Pago/Horas por semana	Frecuencia de Pago	Monto del Talón -Pago Bruto
		\$ por HORA	<input type="checkbox"/> Semanal	\$
			<input type="checkbox"/> Quincenal	\$
			<input type="checkbox"/> Semi-Mensual	\$
			<input type="checkbox"/> Mensual	\$
		\$ por HORA	<input type="checkbox"/> Semanal	\$
			<input type="checkbox"/> Quincenal	\$
			<input type="checkbox"/> Semi-Mensual	\$
			<input type="checkbox"/> Mensual	\$

**APOYO ECONÓMICO: ¿Tiene cualquiera de los niños en la casa un padre o padres que NO vive/viven en la casa?      Sí      No  
**PARA EL NIÑO** Si la respuesta es sí, por favor complete la información a continuación del padre/madre que no tiene la custodia.**

Nombre del Niño o Niña	Nombre y dirección del Padre/Madre que no reside en el Hogar	Recibe Apoyo Económico para el Niño	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	¿Lo recibe por medio de qué recurso?
		<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanal  <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi Mensual <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Oficina del Abogado del Distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo de Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo Privado
		<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanal  <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi Mensual <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Oficina del Abogado del Distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo de Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo Privado
		<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Semanal  <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi Mensual <input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Oficina del Abogado del Distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo de Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo Privado

**OTROS INGRESOS DEL HOGAR:** Todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días

- |                                    |  |                            |   |
|------------------------------------|--|----------------------------|---|
| 01 . TANF                          | 09 . Seguro Discapacidad Temporal                            | 15 . Propinas              | 22 . *Ingreso de Seguro Suplemental       |
| 02 . *SNAP(Estampillas - Alimento) | 10 . *Asistencia Educacional por Fondos Becarios <i>Pell</i> | 16 . Préstamos             | 23 . Seguro Social por Discapacidad       |
| 03 . *Asistencia de Vivienda       | 11 . Desempleo   | 17 . Dividendos            | 24 . Sobrevivientes de Seguro Social      |
| 04 . Pago de Cuidado de Padrastró  | 12 . Contribuciones del Hogar                                | 18 . Regalías              | 25 . Retiro de Seguro Social              |
| 05 . Beneficios de Veteranos       | 13 . Retiro Ferroviario                                      | 19 . Interés               | 26 . Ingreso de Pensión/Retiro Fiduciario |
| 06 . Pagos de cantidad completa    |  | 20 . Ganancias             | 27 . Subsidios de Adopción                |
| 07 . Asignaciones Militar          |  | 21 . Mantenimiento         |   |
| 08 . Compensación al Trabajador    |  | 14 . Liquidación de Seguro |   |
- Otros: \_\_\_\_\_

Tipo de Ingreso #	Cantidad/Monto	Frecuencia con la cual se recibe el ingreso	Quien recibe el ingreso
<i>Ejemplo: 02</i>	<i>\$250</i>	<i>Mensualmente</i>	<i>Familia</i>

Por favor complete la siguiente información correspondiente a cualquier adulto que está participando en un programa de entrenamiento o asistiendo a la escuela. Además, por favor proporcione verificación referente al horario.

Nombre del Estudiante	Nombre del Lugar del Entrenamiento	Dirección del Sitio de Entrenamiento	Horario

**AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD:** Yo por la presente autorizo y doy consentimiento a que se divulgue cualquier y toda información referente a mi persona o miembros de mi hogar al Programa de Cuidado de Niños (*Child Care Program*) por el titular de la información sin tener en cuenta la manera de forma hecha, incluyendo y sin limitación, información de sueldo, información hecha en forma confidencial por ley o de otra manera e información privilegiada del paciente bajo NRS 49.225 o cualquier otra provisión por ley o de otra manera. Yo por la presente libero al titular de la responsabilidad legal de dicha información, si hubiese alguna, resultante de la divulgación de la información requerida. Una copia reproducida de esta información constituye una copia legal original.

Entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalizaciones por ocultar o dar falsa información. Además, entiendo que si hiciese una declaración falsa o engañosa, oculte o retenga hechos para establecer o mantener la elegibilidad del programa, mis beneficios podrían reducirse, negarse o terminarse; a mi se me podría descalificar de la participación en el programa, someter a proceso penal, u de otra forma penalizar de acuerdo a leyes estatales y federales. Además, entiendo que la falta de pago de mis co-pagos a los proveedores y/o seguimiento de los acuerdos de re-pagos resultará en la terminación de los beneficios de subsidio.

Entiendo que cualquier persona puede aplicar al Programa de Contrato de Subsidio (*Subsidy Contract Program*). A ninguna persona debería discriminarse por cualquier razón (como por ejemplo, raza, edad, color, religión, orientación sexual, discapacidad, creencia política u origen nacional). Para presentar una queja, yo puedo contactar a Jamie Burnett, Director del Programa de Children's Cabinet ubicado en 1090 S. Rock Blvd. Reno, NV 89502. También tengo el derecho de solicitar una audiencia con DWSS y se me dará información sobre el proceso de apelación si lo llevo a pedir.

Además, entiendo que los proveedores mencionados arriba reflejan lo que yo he escogido, el padre/persona a cargo del cuidado y por medio de mi firma abajo, estoy de acuerdo de indemnizar y de mantener indemne al Estado de Nevada, el Programa de Subsidio de Cuidado de Niños, su funcionarios, agentes, miembros de la junta y empleados de todos los reclamos, litigios, costos, gastos y obligaciones legales que surjan o estén relacionadas de cualquier manera con el proveedor que he escogido.

Yo certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son verdaderas, correctas y completas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_